

Ärztenetz Dreiländereck e.V.

Antrag Mitgliedschaft im Ärztenetz Dreiländereck

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie beantragen hiermit die Mitgliedschaft im Ärztenetz Dreiländereck e.V..

Name: _____

Anschrift: _____

Mail: _____

Sie haben die Satzung des Vereins zur Kenntnis genommen und erklären durch die Unterschrift Ihren Beitritt zum Ärztenetz Dreiländereck. Die Satzung kann bei Bedarf gesondert angefordert werden.

Gleichzeitig ermächtigen Sie den eingetragenen Verein ‚Ärztenetz Dreiländereck e.V.‘ widerruflich, den von Ihnen zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 150,00 € einzuziehen.

Ich bin angestellter Arzt und meine Mitgliedschaft ist für das erste Jahr kostenfrei.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werden Sie dem Vorstand schriftlich mitteilen.

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Vorsitzender

Dr. F. Hugenschmidt
Baslerstraße 19
79540 Lörrach
Telefon: 07621 84884

Stellvert. Vorsitzender

Dr. G. Welzel
Haagener Straße 22
79539 Lörrach
Telefon: 07621 10566

Kassenwart

Dr. A. Lazzaro
Palmstraße 36
79539 Lörrach
Telefon: 07621 2837

Schriftführerin

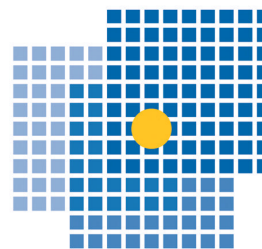
Dr. Felicitas Röver
Basler Straße 3b
79540 Lörrach
Telefon: 07621 8545

Beisitzerin

PD Dr. Anne Rühl
Basler Straße 3b
79540 Lörrach
Telefon: 07621 6863793

Beisitzer

Dr. M. Hornemann
Hauptstraße 45
79540 Lörrach
Telefon: 07621 44100



Einverständniserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung DSGVO

Sie erklären sich einverstanden, daß aufgrund der Mitgliedschaft

Ihre Kontaktdaten

Ihr Foto

auf der Webseite (www.aerztenetz-dreilaendereck.de) gespeichert und die von Ihnen zur Verfügung gestellten Praxisdaten veröffentlicht werden dürfen.

Ihnen ist bekannt, dass Sie Ihre Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen können.

Die Datenschutzrichtlinien können Sie hier einsehen: <https://www.aerztenetz-dreilaendereck.de/ueber-uns/datenschutz/>

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte faxen Sie den Antrag an mich ausgefüllt und unterschrieben zurück an: 07621/2832. Gerne können Sie ihn auch per Post zurücksenden: Dr. A. Lazzaro, Palmstraße 36, 79539 Lörrach)

Mit freundlichen Grüßen

Dr. A. Lazzaro (Kassenwart)

Vorsitzender

Dr. F. Hugenschmidt
Baslerstraße 19
79540 Lörrach
Telefon: 07621 84884

Stellvert. Vorsitzender

Dr. G. Welzel
Haagener Straße 22
79539 Lörrach
Telefon: 07621 10566

Kassenwart

Dr. A. Lazzaro
Palmstraße 36
79539 Lörrach
Telefon: 07621 2837

Schriftführerin

Dr. Felicitas Röver
Basler Straße 3b
79540 Lörrach
Telefon: 07621 8545

Beisitzerin

PD Dr. Anne Rühl
Basler Straße 3b
79540 Lörrach
Telefon: 07621 6863793

Beisitzer

Dr. M. Hornemann
Hauptstraße 45
79540 Lörrach
Telefon: 07621 44100